

Finisben a biztosítási vita

Egy régóta tartó egyeztetés utolsó fázisaihoz érkeztek a hazai egészségpolitikusok és szakértők. A közvélemény csupán a vita hangulatát érzékelheti közvetett módon, a sajtó tudósításai alapján. Arról azonban vajmi keveset tudni, hogy valójában milyen érvek és ellenérvek hangzanak el a zárt ajtók mögött. Mind a lakosság, mind az ágazat szereplői izgatottan várják, hogy megülessen a döntés: mekkora és milyen szerepet kapnak az üzleti társaságok az egészségügyi ellátás biztosításában.

Korábban úgy tűnt, hogy a NAPI Gazdaság egészségügyi konferenciája az utolsó alkalomok egyike lesz a különböző álláspontok ütköztetésére, illetve a döntéshozók meggyőzésére. Most már tudni lehet, a vitalics partnerek – vélhetően – e rendezvény követését egyeztetik véleményeiket és csak június végére fogalmazzák meg az egészségbiztosítás reformját célzó törvényjavaslatukat.

A mai rendezvény célja ennek ellenére változatlan. A már jól ismert és gyakran hangzott álláspontok mellett olyan illethetéseket is szót kapnak a konferencián, akiknek véleményét nem vagy csak kevesen ismerhették meg. Így például az előadók között szerepelnek a hazai gyógyszeripac meghatározó szereplői, illetve a reform ágazatra gyakorolt hatását prognosztizáló gazdasági szakemberek.

> AZ EGÉSZSÉGÜGYI KONFERENCIA OLDALAMAT SZERKESZTETTE: SZIGETI ILDIKÓ, SZIGETILDIK@NAPI.HU

Kis változtatásokkal kövezték ki a reform útját Hollandiában

Több szempontot is mérlegelni kell, amikor egy másik országban sikeresen végrehajtott reformot, illetve annak elemeit át akarunk venni – hívta fel a figyelmet a holland egészségügyi miniszter.

> NAPI GAZDASÁG

Az egészségügyi szolgáltatások költségei Hollandiában a bruttó hazai termék több mint 9 százalékát teszik ki, ami némileg elmarad néhány országnál – például Németországnál vagy Franciaországnál – szintjétől. A fekvőbeteg-ellátó intézmények lakosságármához viszonyított aránya igen alacsony, a 16 millió lakost mindössze 93 kórházban látják el. Az egészségügyi ellátórendszer finanszírozása szinte teljes mértékben a kötelező egészségbiztosítási befizetésekből történik, és soha nem adókból – mondta Hans Hoogevorst holland egészségügyi, népjóléti és sportminiszter az „Egészségbiztosítási reform 2007–2009” konferencián.

Az egészségbiztosítók mindig a magánszektorhoz tartoztak. A holland egészségügyi szolgáltatók túlnyomó többsége is magánüzemeltetett, azonban nem szükségszerűen profitorientáltan működik. Az állam tulajdonában szinte egyetlen kórház sincs. Az egészségügyi szervezetek magánjellege tehát megfelelő háttérrel biztosított a piacorientált reformoknak – mondta el Hans Hoogevorst. A holland egészségpolitika sarokpontja az volt, hogy minden érintettnek – a szolgáltatóknak is – igénybe vehető, az egészségügyi szolgáltatóknak és a biztosítóknak egyaránt – jobban kell ismernie az ellátás minőségét és tényleges költségeit. A reform első lépéseként csökkentették a biztosítás által lefedett ellátások körét, aminek következtében az egyének közvetlenül fizetnie kell a fogorvosnak, a fizioterapeutának és hasonló szolgáltatóknak. Ugyanakkor növelték a „személyes hozzájárulásokat”, vagyis a beteg által közvetlenül fizetendő költségeket.

A kormány megegyezett a gyógyszeripar részvevőivel és a kórházakkal is megállapodtak a költségeikonyvban működésben. Eltörölték az egészségbiztosítók korábban meglévő szerződéses kötelezettségét.

Hollandiában sokáig kétszintű egészségügyi rendszer működött, vagyis kötelező egészségbiztosítás volt az alacsonyabb jövedelműeknek, a tehetősebbek viszont köthették magánbiztosítást vagy maguk fizették az egészségügyi ellátás költségeit. A különféle biztosításokat magánbiztosító társaságok szervezték, amelyek közül a legtöbb nonprofit szervezet volt. A változtatás elkerülhetetlenül vált, mivel a piac erősen szétfűszerezett. A hollandok többsége csak a kötelező társadalombiztosítási rendszerben volt biztosított, és a népesség mindössze 30 százalékának volt magánbiztosítása. Külön gondoskodtak a közalkalmazottakról és az idősekről is. Most egyetlen, egységesített



FOTO: KATONA VANDI

A fokozatosan a fontos

egészségbiztosítási politika érvényes valamennyi Hollandiában élő polgárra. A biztosítás kötelező: bárki, aki elmulaszt biztosítást kötni, súlyos bírságra számíthat. A biztosítási piac ma a magánbiztosítók terepe, amelyek jogosultak a profitorvosra. Mintegy 30 egészségbiztosító versenyez a piacon, amelyek nem kötelesek minden szolgáltatóval szerződni. Minden biztosított – jövedelemtől függetlenül – meghatározott alapdíjat fizet, ez csaknem 1100 euró évente, amely a teljes költségének megközelítőleg felét fedezi. A fennmaradó részt a jövedelemből kött díjak fedezik. Az állampolgárok kiválaszthatják saját egészségbiztosítójukat, és világosabb ismeretekkel rendelkeznek a különböző biztosítók közötti különbségekről. A kötelező, egységes egészségbiztosítás mellett köthetnek további önkéntes magánbiztosítást a fogorvos, a fizioterápiás és hasonló ellátások fedezetére.

Van azonban néhány szociális elem is az új rendszerben, amelyeket a tradicionális egészségbiztosítási rendszerből vettek át. A kormány határozta meg például az alapsomagtartalmát, amely minden lényeges ellátásra kiterjed, a háziorvos rendeléstől a kórházba történő felvételig vagy a gyógyszerfelírás díjig. A biztosítóknak mindenkivel biztosítási szerződést kell kötniük, akik igénybe akarják venni a szolgáltatásait. An-

nak érdekében, hogy a biztosítottok ne érezzék hátrányos pénzügyi következmények, egy úgynevezett kiegyenlítő alapot hoztak létre. A biztosítók nem alkalmazhatják az egészségi állapottól, a kortól vagy egyéb más szemponttól függő eltérő díjakat az ügyfelek között.

A miniszter beszámolt arról is, hogy a reform eredményeként markáns növekedést tapasztaltak – egyebek mellett – a kórházak innovatív projektjei terén: a projektek a hatékonyságot, a minőséget és az ügyfélszolgálatot érintik. A minőségi szempontokra vonatkozó információk elérhetősége arra ösztönzi majd a biztosítottakat, hogy válogassanak, amikor szerződéseket kötnének. Arra törekednek, hogy ügyfeleiknek a legjobb egészségügyi szolgáltatásokat vásárolják meg, ami pedig arra ösztönzi az egészségügyi szolgáltatókat, hogy minél jobb minőségben és hatékonyabban nyújtsák szolgáltatásaikat.

A miniszter szerint az Európai Unió új tagállamai képesek arra, hogy sokkal gyorsabban vezessenek be radikális változásokat, mint a régi tagállamok. Magyarországon nagyon fontos és sokat ígérő változtatásokat vezetett be egészségügyi rendszerében 2006 folyamán. A további tudják vinni ezt a folyamatot, viszonylag rövid időszak alatt is komoly eredményeket könyvelhetnek el – tette hozzá Hans Hoogevorst.

A Dimenzió Biztosító Csoport kész a versenyre ELKERÜLHETETLEN BEÁRAZNI AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOKAT

Bármilyen döntés születik is a biztosítási reform vitájában, a Dimenzió Biztosító Csoport részt kíván venni az egészségbiztosításban. A társaság szerint a politikai döntésnél is sokkal fontosabb azonban, hogy legyen egy jól meghatározott biztosítási alapsomag, és hogy tudják az emberek, mennyibe kerül egy adott egészségügyi szolgáltatás.

A Dimenzió Biztosító Csoport első tagja a Dimenzió Biztosító és Önszegélyező Egyesület volt, amelyet a Matáv Rt. (ma Magyar Telekom Nyrt.) és alkalmazottai hoztak létre 1991-ben. Az egyesület létrehozásával – a biztosítási törvényalkotást megelőző – a hazai vállalatok közül elsőként a Matáv teremtett a munkavállalóknak teljes szociális biztonságot. 1997-ben megalakult a Dimenzió Magánnyugdíjpénztár, 1998-ban pedig a Dimenzió Egészségpénztár. Ma már a csoport tagja az Erste-Harmónia Egészségpénztár, a Second Opinion Hungary Kft., a Dimenzió Med Egészségügyi Szolgáltató és a Dimenzió Ingatlan Kft. A biztosítási csoport szlogenje: „egészségesen a biztonságos nyugdíjig” megpróbálja kifejezni mindazt, amiért a társaság az elmúlt 17 évben dolgozott: elsősorban azt, hogy az embereket vissza kell vezetni az öngondoskodáshoz, amelyről az elmúlt évtizedekben leszoktak. Ebben a munkavállalót járulékokkal és kedvezményekkel a munkáltató is támogatja, másrészt pedig az állam a szociális célú nyugdíj-, és az egészségügyi célú megtakarításokhoz adókedvezményeket biztosít, ezzel ösztönözve a lakosságot az öngondoskodásra. A Dimenzió Biztosító Csoport valamennyi lehetőséget biztosítani tudja, akár segeélyezésben, akár biztosítási vagy pénztári alapon nyújtott, akár hosszú távú megtakarításban akar valaki részt venni – mondta Kricsfalvi Péter igazgató főnök, a Dimenzió Egészségpénztár ügyvezetője.

A Dimenzió Csoport fontosnak tartja a vállalatoknak azt a hozzáállását, hogy segíteni szeretnének a munkavállalóknak, nemcsak azzal, hogy munkát biztosítanak és fizetést adnak, hanem egy másfajta értéket is közvetítenek az egészségre való odafigyeléssel és a hosszú távú szociális gondoskodással. Ez nemcsak a munkavállalót, hanem családját is érinti. Mindez egybecseng az Európai Unió ajánlásával, ame-



KRICSFALVI PÉTER

„Egészségesen a biztonságos nyugdíjig”

lyik a munkáltatók társadalmi felelősségvállalását hangsúlyozza, és a fejlett világban ma már magától értetődő. A Dimenzió Csoportnak számos olyan nagyvállalati partnere van, amely már a kezdeteknél biztosítási alapra helyezte a munkavállalóknak nyújtott szociális támogatást úgy, hogy a dolgozói önrész mellé a munkáltatók fizetik a nagyobb hozzájárulást.

A biztosító csoport intenzíven figyeli a politikuskor vitáját a biztosítási rendszer reformjáról, és bármilyen

döntés születik is a végén, részt akar venni az egészségbiztosításban, versenytárs akar lenni a piacon. A Dimenzió képes megfelelően kialakítani azokat a szolgáltatásokat, amelyekkel a lakosság és a biztosítottak javára lehet – hangsúlyozta az ügyvezető. A Dimenzió Egészségpénztár, ha megfelelő jövőképet kap, széles szolgáltatói hálózatát tovább tudja bővíteni, míg a Biztosító és Önszegélyező Egyesület – akár részvénytársasággá átalakulva – folytatni tudja mindazt, amit eddig tett, és teljes körű vagy kiegészítő egészségbiztosítást is nyújtani tud. A Dimenzió Biztosító Csoport nagy előnye a piacon, hogy egészségpénztára révén kilenc éve tart napi kapcsolatot az egészségügyi szolgáltatókkal, így számára nem jelent újdonságot, ha állami kórház, így magánszolgáltatóval vagy háziorvosi praxissal kerül kapcsolatba.

A Dimenzió Biztosító Csoport szerint elfogytak már az új érkező biztosítási rendszer vitájában, és szükséges lenne az végre lezárni. Kiáll amellett, hogy az egészségügyi szolgáltatások vásárlását valódi biztosítási alapra kell helyezni, nem pedig állami költségvetési tételként finanszírozni. Ezt kívánja az is, hogy megfelelően lehessen ellenőrizni és értékéket kezelni a szolgáltatásokat. Az, hogy egy vagy több biztosító legyen, ki legyen a tulajdonos vagy mennyiben legyen állami tulajdon, politikai döntés kérdése, ennél sokkal fontosabb az, hogy jól határozzák meg a biztosítási alapsomagot. Ha az minden biztosított számára hozzáférhető, egységes elvek szerint készül, megfelelő minőségben és folyamatos ellenőrzés mellett, akkor lehet arról beszélni, hogy mi a szerepe az egészségpénztáraknak és a kiegészítő biztosításoknak. A Dimenzió a verseny elsősorban a szolgáltatók között tartja fontosnak, két területen: minőségben és árban. Az árversenyhez viszont árképzési mechanizmus kell. Sok minden elhangzott a biztosítási rendszer vitájában – hogy

ki szedje be a biztosítási díjat, az hova kerüljön –, de arról nem esett szó, hogy az egyes szolgáltatások valójában mennyibe kerülnek. A magyar egészségügyi piacon ma művi áron számolják el a tevékenységeket, de egy piacgazdaságban szükséges az egészségügyi szolgáltatások árát is meghatározni. Erre pedig valamilyen árképzési mechanizmust kell kialakítani – véli az ügyvezető.

Tudnia kell a lakoságnak, hogy mi mennyibe kerül, kiváltképp azért, hogy az állam elnyerje az emberek szimpátiáját a reformhoz, és hogy megértésük, mielőtt adódik a hiány és a várakozás. Megfelelően kialakított árak mellett a szolgáltatók is megnyugodhatnak. Ha valaki csak drágábban tud élvégni egy beavatkozást, az a saját vesztesége, ha pedig valaki ugyanolyan jó minőségben, de olcsóbban, az a saját nyeresége lenne. A megfelelő árképzés az évtizedek óta megoldatlan amortizációs kérdését is rendezné, hiszen az árban benne lenne az elhasznált anyag és a műszerkopás is. Azt lehet tudni, hogy mennyi ma a járulékból előteremthető és a biztosítók által elkölthető forrás, a kettő között pedig meg lehet találni az egyensúlyt, hogy a fontos és alapszolgáltatásokra (így a sürgősségi beavatkozásokra, vakbél- és szürkehályogműtétekre) tekintettel hol és milyen eljárásokhoz legyen nagyobb hozzájárulási igény kialakítva. Ezekhez a lakosság biztosítással, egészségpénztári gyűjtéssel tudná előteremteni a forrást. Azt is meg kell vitatni, hogy lehessen-e külön, kiegészítő biztosítással „megelőzni” a sort. De amíg nincsen Magyarországon pontos árak az egészségügyi szolgáltatásoknak, addig azt sem lehet tudni, valójában mennyibe kerül a betegek ellátása, és hogyan lehet ezt jobban elosztani.

Molnár Annamária